



Dr. med. dent.

ELMAR BILLIG

Fachzahnarzt für Kieferorthopädie

Aufnahme-Bogen für Neu-Patienten

Liebe Patienten,

damit wir bei Ihrem ersten Termin möglichst viel Zeit für Sie haben und möglichst wenig Zeit mit notwendigen Verwaltungsaufgaben verschwenden, möchten wir Sie an dieser Stelle um Ihre Unterstützung bitten.

Es würde uns die Arbeit erheblich vereinfachen, wenn Sie so nett wären, den Aufnahmebogen auf den folgenden Seiten schon vorab auszufüllen und uns ggf. zukommen zu lassen.

Dazu gäbe es zwei Möglichkeiten:

1. Sie füllen das Formular in aller Ruhe und ohne Termindruck zu Hause aus, speichern die Datei dann kurz auf Ihrem Rechner ab und senden Sie uns die Datei dann (am besten verschlüsselt) per Email als Anhang an die folgende Adresse:

anmeldung@ammersee-kfo.de

Wir müssen Sie an dieser Stelle allerdings darauf hinweisen, daß dabei die **Vertraulichkeit** der übermittelten Informationen **nicht gewährleistet** ist. Emails und deren Inhalte können von Dritten eingesehen und verfälscht werden.

Es liegt in Ihrer Verantwortung, welchen Daten Sie uns auf diesem Wege zukommen lassen wollen. Wir werden Ihnen daher grundsätzlich keine personenbezogenen Daten oder andere vertrauliche Informationen per Email zusenden.

2. Falls Sie diese Risiken nicht eingehen möchten, füllen Sie das Formular (PDF-Format) in aller Ruhe und ohne Termindruck zu Hause aus, drucken die Seiten einfach aus, unterschreiben an den jeweils angegebenen Stellen und bringen sie zu Ihrem Termin bei uns mit.

Ihr Ammersee-KFO Team



Dr. med. dent.

ELMAR BILLIG

Fachzahnarzt für Kieferorthopädie

PATIENTENINFORMATION ZUM DATENSCHUTZ

Liebe Patienten,

der Schutz Ihrer personenbezogenen Daten ist uns wichtig. Nach der neuen EU-Datenschutz-Grundverordnung (**DSGVO**) sind wir verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck unsere Praxis Daten erhebt, speichert oder weiterleitet. Der Information können Sie auch entnehmen, welche Rechte Sie in puncto Datenschutz haben.

1. VERANTWORTLICHKEIT FÜR DIE DATENVERARBEITUNG

Verantwortlich für die Datenverarbeitung ist:

Dr. Elmar Billig

Bahnhofstrasse 23, 86919 Utting a. A.

Kontaktdaten: Telefon 08806-959099, E-Mail: dr.billig@ammersee-kfo.de

Unsere Praxis benötigt gemäß der gesetzlichen Vorgaben keinen Datenschutzbeauftragten.

2. ZWECK DER DATENVERARBEITUNG

Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und Ihrem Arzt und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen.

Hierzu verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten, insbesondere Ihre Gesundheitsdaten. Dazu zählen Anamnesen, Diagnosen, Therapievorschlüsse und Befunde, die wir oder andere Ärzte erheben. Zu diesen Zwecken können uns auch andere Ärzte oder Psychotherapeuten, bei denen Sie in Behandlung sind, Daten zur Verfügung stellen (z.B. in Arztbriefen).

Die Erhebung von Gesundheitsdaten ist Voraussetzung für Ihre Behandlung. Werden die notwendigen Informationen nicht bereitgestellt, kann eine sorgfältige Behandlung nicht erfolgen.

3. EMPFÄNGER IHRER DATEN

Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben.

Empfänger Ihrer personenbezogenen Daten können vor allem andere Ärzte / Psychotherapeuten, Kassenärztliche Vereinigungen, Krankenkassen, der Medizinische Dienst der Krankenversicherung, Ärztekammern und Beihilfestellen sein.

Die Übermittlung erfolgt überwiegend zum Zwecke der Abrechnung der bei Ihnen erbrachten Leistungen, zur Klärung von medizinischen und sich aus Ihrem Versicherungsverhältnis ergebenden Fragen. Im Einzelfall erfolgt die Übermittlung von Daten an weitere berechnete Empfänger.

4. SPEICHERUNG IHRER DATEN

Wir bewahren Ihre personenbezogenen Daten nur solange auf, wie dies für die Durchführung der Behandlung erforderlich ist.

Aufgrund rechtlicher Vorgaben sind wir dazu verpflichtet, diese Daten bei Volljährigen mindestens 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung, bei Nicht-Volljährigen mindestens 10 Jahre nach Vollendung des 18. Lebensjahres aufzubewahren. Nach anderen Vorschriften können sich längere Aufbewahrungsfristen ergeben, zum Beispiel 30 Jahre bei Röntgenaufzeichnungen laut Paragraph § 28 Absatz 3 der Röntgenverordnung.

5. IHRE RECHTE

Sie haben das Recht, über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten Auskunft zu erhalten. Auch können Sie die Berichtigung unrichtiger Daten verlangen.

Darüber hinaus steht Ihnen unter bestimmten Voraussetzungen das Recht auf Löschung von Daten, das Recht auf Einschränkung der Datenverarbeitung sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit zu.

Die Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt auf Basis von gesetzlichen Regelungen. Nur in Ausnahmefällen benötigen wir Ihr Einverständnis. In diesen Fällen haben Sie das Recht, die Einwilligung für die zukünftige Verarbeitung zu widerrufen.

Sie haben ferner das Recht, sich bei der zuständigen Aufsichtsbehörde für den Datenschutz zu beschweren, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt.

6. RECHTLICHE GRUNDLAGEN

Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten ist Artikel 9 Absatz 2 lit. h) DSGVO in Verbindung mit Paragraph § 22 Absatz 1 Nr. 1 lit. b) Bundesdatenschutzgesetz. Sollten Sie Fragen haben, können Sie sich gern an uns wenden.

Ihr Praxisteam



Dr. med. dent.

ELMAR BILLIG

Fachzahnarzt für Kieferorthopädie

INTERNE NR: _____

Herzlich willkommen in unserer Praxis!

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre kieferorthopädischen Wünsche oder Sorgen unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikofreie Behandlung. Selbstverständlich unterliegen alle Angaben der ärztlichen Schweigepflicht. Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie Ihr Einverständnis zu den erforderlichen, diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen sowie die Richtigkeit Ihrer Angaben.

Ihr KFO-Team Dr. Billig

Patient

Name _____ Vorname _____ geb. _____

Mitglied

Name _____ Vorname _____ geb. _____

Anschrift

Straße _____ Nr. _____ Email _____

Tel. privat _____ Tel. tagsüber _____ Handy _____

PLZ _____ Ort _____

Ist zuvor schon einmal eine kieferorthopädische Untersuchung, Beratung oder Behandlung

erfolgt? nein ja

Gesetzliche Krankenkasse ja

Private Krankenversicherung bei:

Für gesetzlich versicherte Patienten

Wir benötigen Ihre Krankenversichertenkarte zu Beginn eines jeden Behandlungsquartals. Liegt sie uns auch 10 Tage nach Behandlungsbeginn nicht vor, erhalten Sie eine Rechnung nach der **privaten Gebührenordnung**.

Wichtiger Hinweis !

Am Ende eines jeden Quartals erhalten Sie von uns eine Rechnung. Bitte gleichen Sie den auf der Rechnung ausgewiesenen **Eigenanteil** direkt an uns aus und bewahren Sie sämtliche Rechnungen sorgfältig bis zum Abschluss der Behandlung auf. Sie benötigen später diese Rechnungen, um von Ihrer Versicherung den Eigenanteil zurück zu erhalten.

Bestellpraxis

Wir sind immer bemüht, Ihnen lange Wartezeiten zu ersparen. Deshalb bitten wir Sie, vereinbarte Termine mindestens 48 Stunden vorher abzusagen, falls Sie verhindert sind. Wir sind berechtigt, nicht eingehaltene Termine nach der privaten Gebührenordnung (GOZ) mit einem **Betrag von 25,-- € pro Viertelstunde** in Rechnung zu stellen.

Datenschutz

Wir erheben, verarbeiten und nutzen die personenbezogenen Daten unserer Patienten, bzw. deren Eltern oder Sorgeberechtigten entsprechend der gesetzlichen Bestimmungen zum Zweck der kieferorthopädischen Behandlung, Dokumentation und Abrechnung.

Eine vollständige **Datenschutzerklärung** unserer Praxis gemäß **DSGVO** sowie eine Einverständniserklärung, ob und welche personenbezogenen Daten wir von Ihnen oder Ihrem Kind von anderen Ärzten anfordern bzw. an andere Ärzte weitergeben dürfen, finden Sie am Ende dieses Aufnahmebogens.

Mit Ihrer Unterschrift geben Sie **auch Ihre Zustimmung** zur o. g. Erhebung, Verarbeitung und Nutzung dieser Daten.

Datum und Unterschrift ggf. b e i d e r Sorgeberechtigten

bitte Rückseite beachten =>

Aufnahmebogen

Mein Zahnarzt

Name: _____

Ort: _____

Medikamente

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche?

Allergien

Gegen welche Materialien oder Medikamente besteht bei Ihnen der Verdacht einer Überempfindlichkeit?

	JA	NEIN
Besitzen Sie einen Allergiepass?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
vegetative Erkrankungen		
Hatten Sie schon Ohnmachtsanfälle?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erkrankungen des Nervensystems		
Leiden Sie unter epileptoformen Anfällen o. Krämpfen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bluterkrankungen		
Liegt eine erhöhte Blutungsneigung vor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infektionskrankheiten		
Hatten Sie Leberentzündungen/Gelbsucht (Hepatitis A/B/C, non-A-non-B)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tuberkulose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wurde bei Ihnen ein Aidstest durchgeführt? Wenn ja, mit welchem Ergebnis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Röntgen

Wurden Sie in den letzten 12 Monaten im Kopf-Kiefer-Zahnbereich geröntgt?
Wenn ja, wo?

Besteht eine Schwangerschaft?

Wenn ja, in welchem Monat?

(Nein bedeutet, daß eine Schwangerschaft derzeit **mit Sicherheit** ausgeschlossen werden kann.)

Ja Nein
im ____ . Monat

Vielen Dank für Ihre Mithilfe! Bitte teilen Sie uns etwaige Änderungen der obigen Angaben umgehend mit!

Klinischer Funktionsstatus

(Teil 1, allgemeine Anamnese, vom Patienten auszufüllen)

1	Patient:																					
2	Ihre Beschwerden:																					
3	Seit wann?																					
4	Wissen Sie, ob Sie (nachts) mit den Zähnen knirschen?																					
5	Haben Sie in den letzten 5 Jahren neue Füllungen oder Prothetik bekommen?																					
6	Wurden Sie jemals kieferorthopädisch behandelt?																					
7	Schmerzen oder Behinderungen bei:																					
8	Haben Sie eine „Lieblingskauseite“?																					
9	Leiden Sie unter Verspannungen?																					
10	Tragen Sie bereits eine Schiene? seit wann? (wenn ja, bitte unbedingt zum Termin mitbringen!)	<input type="checkbox"/> ja seit [] <input type="checkbox"/> nein																				
11	Verändern sich die Beschwerden im Laufe des Tages?																					
12	Wann treten die stärkste Beschwerden auf?																					
13	Wie langen dauern die Schmerzen?																					
14	Wie häufig treten die Schmerzen auf?																					
15	Wie stark ausgeprägt sind Ihre Beschwerden? <small>(1 = kaum merkbar bis 10 = extrem stark)</small>	<table border="1"> <tr> <th>1</th><th>2</th><th>3</th><th>4</th><th>5</th><th>6</th><th>7</th><th>8</th><th>9</th><th>10</th> </tr> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10										
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10													
16	Wie stark ist Ihre momentane Lebenssituation durch Streß belastet? <small>(1 = kaum merkbar bis 10 = extrem stark)</small>	<table border="1"> <tr> <th>1</th><th>2</th><th>3</th><th>4</th><th>5</th><th>6</th><th>7</th><th>8</th><th>9</th><th>10</th> </tr> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10										
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10													
17	Wie gut schlafen Sie im Augenblick?	<input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> geht so <input type="checkbox"/> schlecht																				
18	Wie ist Ihre bevorzugte Schlafposition?	<input type="checkbox"/> Rücken <input type="checkbox"/> Seite <input type="checkbox"/> Bauch																				
19	Haben Sie selber das Gefühl, daß Ihre Zähne „richtig“ aufeinander passen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein																				

Einverständniserklärung / Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Die am 25. Mai 2018 in Kraft getretene Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) regelt genau, wer, wann, welche sensiblen Daten speichern, verarbeiten und weitergeben darf. Damit dadurch in Ihrer Behandlung keine Verzögerung entsteht, möchten wir Sie bitten, uns vorab mitzuteilen, wie wir zukünftig mit Ihren persönlichen Daten umgehen sollen. An dieser Stelle geht es dabei im Einzelnen um Röntgenbilder, Modelle, Fotos, Befunde und sonstige Behandlungsunterlagen.

Ich habe verstanden, daß ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich widerrufen kann.

Patient: _____

Weitergabe von Unterlagen

<input type="checkbox"/>	Ich bin damit einverstanden , daß die Praxis Dr. Billig alle diagnostischen und sonstigen Unterlagen an alle derzeit oder zukünftig mit der Behandlung des o. g. Patienten betrauten Zahnärzte / Ärzte oder Dentallabore weitergibt .
<input type="checkbox"/>	Ich widerspreche der Weitergabe sämtlicher Unterlagen durch die Praxis Dr. Billig.
<input type="checkbox"/>	Ich schränke die Weitergabe der Unterlagen auf folgende Zahnärzte / Ärzte ein: Ich schränke die Weitergabe der Unterlagen auf folgende Dentallabore ein: Ich schränke die Weitergabe der Unterlagen auf folgende Unterlagen ein:

Anforderung von Unterlagen

<input type="checkbox"/>	Ich bin damit einverstanden , daß die Praxis Dr. Billig alle diagnostischen und sonstigen Unterlagen von allen derzeit oder zukünftig mit der Behandlung des o. g. Patienten betrauten Zahnärzten / Ärzten oder Dentallaboren anfordert .
<input type="checkbox"/>	Ich widerspreche der Anforderung sämtlicher Unterlagen durch die Praxis Dr. Billig.
<input type="checkbox"/>	Ich schränke die Anforderung der Unterlagen auf folgende Zahnärzte / Ärzte ein: Ich schränke die Anforderung der Unterlagen auf folgende Dentallabore ein: Ich schränke die Anforderung der Unterlagen auf folgende Unterlagen ein:

Datum

Name in BLOCKSCHRIFT

Unterschrift